FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1972 N° 60

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

TRANCART Pierre

né le 18 Octobre 1942 à AMIENS (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE 52 INTERVENTIONS POUR HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES, APPORTS DE LA FIBROSCOPIE ET DE LA RADIOGRAPHIE EN URGENCE.

Président :Monsieur Jean GOSSET ,Professeur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1972 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

TRANCART Pierre

né le 18 Octobre 1942 à AMIENS (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE 52 INTERVENTIONS POUR HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES, APPORTS DE LA FIBROSCOPIE ET DE LA RADIOGRAPHIE EN URGENCE.

Président :Monsieur Jean GOSSET ,Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1-10-1971

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

MM.	ANDRE R.	Hématologie	
	BRISSAUD H.	Pédiatrie	
	BROCARD R.	Médecine	
	CAROLI J.	Médecine	
	CATINAT J.	Cardiologie	
	CERBONNET G.	Chirurgie	
	CHERIGIE Ed.	Radiologie	
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile	
	CONTAMIN Fr.	Neurologie	
	CONTE M.	Médecine	
	DAGUET L.	Bactériologie	
	DEBRAY J.	Médecine	
	FLABEAU F.	Chirurgie	
	GERBEAUX J.	Thérapeutique	
	GOSSET J.	Chirurgie	
MM.	HUGELIN A.	Physiologie	
	LAPLANE R.	Pédiatrie	
	LE LORIER G.	Obstétrique	
	LOEPER J.	Médecine expérimentale. Immunologie	
	LOYGUE J.	Chirurgie	
	MAROIS M.	Histologie	
	MERGER R.	Obstétrique	
	MILHAUD G.	Biophysique	
	NICK J.	Neurologie	
	ORCEL L.	Anatomie pathologique	
	PERRAULT M.	Médecine	
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie	
	POLONOVSKI J.	Biochimie	
	RICHET G.	Néphrologie	

Professeurs sans chaire

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	MM.	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	CHALUT J.	Radiologie		LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie		PICARD J.	Biochimie
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie		ROUX Ch.	Embryologie
	GIRARD F.	Physiologie		PIERON R.	Pneumo-Phtisiolog

Maîtres de Conférences

MM.	AKOUN G.	Médecine
	AMSTUTZ P.	Réanimation
	APOIL A.	Traumatologie
	ARDAILLOU R.	Physiologie
	BAUX S.	Chirurgie
	BOURY G.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie
	CHOUARD Cl.	O. R. L.
	CLOAREC M.	Médecine
Mme	COMBRISSON	Hématologie
MM.	DAUTRY P.	Chirurgie
	DECROIX G.	Pneumo-Phtisiologie
	DELIGNE P.	Anesthésiologie
	DOYON D.	Radiologie
	DRY J.	Médecine
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie
	FOUET P.	Thérapeutique
	GAUTIER H.	Physiologie
	GRUNER M.	Chirurgie infantile
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie
	HERMAN D.	Médecine
	HUGUET Cl.	Chirurgie
	HUGUIER M.	Chirurgie
	KRULIK M.	Médecine
MM.	LACFARGUES G.	Pédiatrie
	LAUGIER A.	Radiologie
	LEVY V.G.	Médecine
	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	MENSCH B.	Biophysique
	MERY J.Ph.	Néphrologie
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
	NAJMAN A.	Hématologie
	NICOLLE M.	Neurologie
MM.	OPOLON J.	Médecine
	PAQUELIN Fr.	O. R. L.
	PISSARRO B.	Médecine préventiv
	POULET J.	Médecine
	RAMPINI Cl.	Biochimie
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	ROLAND J.	Anatomie pathologi
	SALAT J.	Obstétrique
	SALMON Ch.	Hématologie
	SANTARELLI J.	Obstétrique
	WARGON H.	Médecine expérimen tale
	WEINMANN S.	Biochimie
	WITCHITZ S.	Cardiologie

Enseignants Associés

Professeur Associé	MM.	BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. A. Associé		ELIAKIS Em.	Médecine légale

Enseignants contractuels

M. C. A.	M.	KIRSCH F.	Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

MM.	BENOIST	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

MM.	CASASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

A MA FEMME

avec toute mon affection

A ESTELLE

A CELINE

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur Jean GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Il me fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde admiration.

A mon Maître le Docteur Pierre GUENIN

Professeur au Collège de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il fut mon premier Maître d'Externat, son exemple me fit aimer la chirurgie.

Il est mon Maître d'Internat, ses qualités humaines, sa bienveillance et son autorité en font mon Guide.

Que cette thèse, qu'il a inspirée, soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon attachement.

A mon Maître le Docteur Paul LARGET

Chirurgien de l'Hopital de Saint-Germain en Laye

Un an passé dans son service m'a permis d'apprécier toutes ses qualités.

Ses internes sont ses fils,il les enseigne avec amour.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur P. GUENIN

Monsieur le Docteur J. VIGNALOU

Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE

Monsieur le Professeur A. LEMAIRE

Monsieur le Docteur G. ALBOT

A MES MAITRES D'INTERNAT

Monsieur le Docteur GUILLAUMIN

Monsieur le Docteur DAVID

Monsieur le Docteur DUHAMEL

Monsieur le Docteur LARGET

Monsieur le Docteur PERREAU

Monsieur le Docteur GUENIN

AUX ASSISTANTS QUI NOUS AIDERENT

A MES COLLEGUES

I N T R O D U C T I O N

En présence d'une hémorragie digestive,il est essentiel d'en connaitre l'étiologie et le siège.Si l'interrogatoire, l'examen clinique permettent souvent une approche diagnostique précise,celle-ci ne peut souvent n'avoir qu'une orientation étiologique.

Il arrive parfois que des malades se présentent avec un dossier clinique,biologique et radiologique complet.Ceci facilite grandement les démarches diagnostiques et les indications thérapeutiques.

Lorsque tel n'est pas le cas,les examens fibroscopiques et radiologiques,éffectués en urgence,sont d'un grand secours devant des malades chez qui on note quelques douleurs épigastriques,une certaine intempérance,la prise de médicaments et pour lesquels l'hémorragie digestive constitue l'accident révélateur.

A tout malade hospitalisé pour hémorragie digestive, hématémèse ou mélaena,nous appliquons,maintenant,dans le service de notre MAITRE,le Docteur GUENIN,le protocole suivant :

.Voie d'abord veineuse de bonne qualité,souvent voie sous-clavière,qui permet,de plus,de mesurer la pression veineuse centrale.

.Sonde gastrique,mise par voie nasale,de gros calibre et avec un grand nombre d'orifices.Cette sonde permet des lavages gastriques :ils sont faits avec de l'eau glacée,en injectant environ 1oo CC que l'on ré-aspire doucement quelques secondes après l'injection.Ce lavage est fait patiemment jusqu'à ce que le liquide revienne clair ou rosé.Parfois le liquide revient continuellement rouge,témoin de la persistance de l'hémorragie.Cette mise en place d'une sonde gastrique va faciliter les examens fibroscopique et radiologique.

.Les examens sanguins habituels sont effectués et parallèlement à la mise en route de la réanimation,est demandé un examen fibroscopique.

Cet examen fibroscopique doit être effectué pour essayer de "voir la lésion qui saigne".De plus,il est préférable de le faire en premier car,il est :

.impossible à faire après un transit baryté pendant 8 à 30 heures,

.peu choquant pour les maldes,

.rapide,sous prémédication et anesthésie locale.

Cet examen se fait,en cours de rénimation,chez un malade conscient,en décubitus latéral gauche.De plus cet examen peut être effectué chez un malade en décubitus dorsal (Ex : hémorragie digestive chez un blessé en traction-suspension)

.../...

ainsi que chez un malade endormi ou dans le coma et intubé.

L'examen radiologique est demandé,il ne peut être pratiqué que chez un malade correctement réanimé.Un délai de 2 heures est nécessaire pour permettre la réapparition du réflexe nauséux,supprimé par l'anesthésie locale.Cet examen ne peut être pratiqué que chez un malade dont le niveau de conscience est normal,dont la spoliation sanguine est réparée et stabilisée.L'utilisation de l'amplificateur de brillance,de tables inclinables facilite cet examen.Un premier cliché en orthostatisme élimine un pneumopéritoine.Le but du transit gastro-duodénal est d'obtenir un examen,le plus complet possible,comme chez un malade ambulatoire.Des accidents lipothymiques peuvent survenir,il faut avoir prévu un nombre suffisant de flacons de sang accompagnant le malade,ainsi qu'un aide, habillé d'un tablier de plomb,auprès du malade.Après l'examen,la sonde gastrique est immédiatement reposée,permettant ainsi de retirer une grande partie de la baryte.

Ainsi l'association : de la clinique
de la biologie
de la fibroscopie
de la radiologie
} en urgence

permet,dans nombre d'hémorragies digestives,une approche "vigoureuse" du diagnostic.

.../...

D'emblée au point de vue critique des deux méthodes :

A°/ LA FIBROSCOPIE.

1°/ En moins :

.Un facteur personnel,qui est le fibroscopiste, dont l'expérience va grandissante avec le nombre de fibroscopies pratiquées.

.Un fadteur de dépendance,qui est le fibroscope.

2°/ En plus :

.La facilité de déplacement du fibroscopiste et de son matériel,sa rapidité,son innocuité et enfin la possibilité de pratiquer des photographies.

B°/ LA RADIOGRAPHIE.

1°/ En plus :

.Toute l'équipe médico-radio-chirurgicale peut assister au déroulement de l'examen.Il reste les clichés.

2°/ En moins :

.La nécessité de mobiliser le malade et donc l'obligation d'avoir un malade qui "veut bien ne pas trop saigner".

Dans le service de notre MAITRE,le Docteur GUENIN, l'étude de 52 dossiers de malades opérés d'hémorragie

digestive haute,il ressort que :

.3 malades n'ont pu avoir ni fibroscopie,ni radiographie.

.8 malades avaient un dossier radiologique antérieur à l'accident hémorragique.

.41 malades ont eu,en urgence,soit les deux examens, soit un seul,pour les raisons pré-citées.

Ces 52 dossiers sont analysés en 6 tableaux :

LE TABLEAU I : concerne les malades pour lesquels il n'a pu être fait d'examen,fibroscopique ou radiologique,en pré-opératoire.

LE TABLEAU II : concerne les malades qui avaient un dossier radiologique antérieur à l'accident hémorragique.

LE TABLEAU III : concerne les malades pour lesquels,seule la radiographie a été faite en urgence.

LE TABLEAU IV : concerne les malades pour lesquels,seule la fibroscopie a été faite en urgence.

LE TABLEAU V : concerne les malades pour lesquels,les deux examens ont été faits en urgence.

LE TABLEAU VI : concerne les différentes interventions pratiquées,avec le type de la lésion et les résultats.

LE TABLEAU VII : oppose les diagnostics endoscopiques et radiologiques aux constatations opératoires.

.../...

TABLEAU I

Malades opérés, en urgence, sans avoir eu d'examen radiologique ou fibroscopique

OBSERVATION	RESUME
N° 4	Hématémèse et mélaena: varices cardiotubérositaires dont une saigne.
N° 25	Hématémèse chez un éthylique: gastrite hémorragique.
N° 48	Douleurs épigastriques avec collapsus chez un éthylique: hémopéritoine, hypertension portale, saignement d'un nodule du foie.

Trois malades sur 52 furent opérés sans que l'on ait de renseignement endoscopique ou radiographique.

OBS n° 4 : Femme de 43 ans hospitalisée pour hématémèse et mélaena, cliniquement hypertension portale. A l'intervention : varices cardio-tubérositaires dont une est en train de saigner. Une ligature fut effectuée, elle fut associée à la pose d'une

.../...

sonde de BLAKEMOORE.L'évolution fut rapidement fatale,dans un tableau de fièvre et de récidive hémorragique.

OBS n°25 : Un homme de 36 ans,buvant 45 pernods par jour,prend de l'aspirine et présente,une heure après,une hématémèse.La possibilté d'une hypertension portale fait poser,à son arrivée,une sonde de BLAKEMOORE.L'existence de lavages gastriques qui,de clairs au début,reviennent rapidement constitués de sang pur,fait envisager la possibilité d'un ulcère gastrique ou duodénal.A l'intervention :

.Foie de stéatose,confirmée histologiquement.

.Pression iléale à 16 cm d'eau.

.Absence de varices oesophagiennes.

.Gastrite hémorragique.

Une vagotomie associée à une pyloroplastie fut pratiquée.Les suites immédiates et à long terme furent excellentes.

OBS n° 48 :Un homme de 70 ans est opéré en urgence pour collapsus associé à des douleurs épigastriques.A l'intervention on trouve un hémopéritoine par saignement au niveau d'un nodule hépatique.Une biopsie et une suture de ce nodule sont effectuées.L'existence d'une cirrhose

.../...

micro-nodulaire,associée à une importante hypertension portale,fait pratiquer une anastomose porto-cave termino-latérale dont l'issue fut fatale,24 heures après.

.../...

TABLEAU II

Diagnostic orienté par des examens antérieurs à l'accident hémorragique

OBS	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	INTERVENTION	R
n° 3	? jours avant,ulcus de la P.C.Doute sur le bulbe	non faite	Ulcus P.C. Rien sur le bulbe	R+
n° 8	6 mois avant:ulcère post-bulbaire.	non faite	Ulcère post-bulb.	R+
n° 9	2 ans avant:ulcère pylorique,doute quant un ulcère post-bulbaire.	non faite	Ulcère post-bulb.	R+
n°21	1 an et demi avant. Ulcère duodénal	non faite	Ulcère face antérieure de D 1	R+
n°36	Ulcère P.C.	Ulc. P.C.	Ulcère P.C.	R+
n°41	Varices oesophagiennes	non faite	H.T.P. Varices	R+
n°46	6 ans avant.Ulcère duodénal.	non faite	Ulcère post-bulb. et ulcère de D 2	R+
n°47	Quelques années et qques semaines:ulcère du bulbe	non faite	Ulcère du bulbe à son bord sup.	R+

.../...

Huit malades sur 52 avaient un dossier radiologique, établi antérieurement à l'accident hémorragique.Cette courte série peut servir de point de comparaison entre les examens faits en urgence et les examens faits,dans de meilleures conditions,chez un malade ambulatoire.

Dans 5 cas sur 8,la lésion siègeait au delà du pylore et n'aurait probablement pas été atteinte par le fibroscope.

OBS n° 3 : Monsieur G... Alban,agé de 55 ans,avait été opéré 20 ans auparavant d'une perforation d'un ulcère duodénal.Deux jours avant son accident hémorragique, un transit.gastro-duodénal avait été pratiqué et montrait une volumineuse niche de la petite courbure, avec un doute sur le bulbe.Lors de l'intervention, on nota un gros ulcère de la petite courbure,perforé bouché dans le pancréas,on ne retrouva pas trace de l'ulcère perforé.Une gastrectomie des 2/3 avec anastomose type FINSTERER,fut pratiquée,les suites en furent simples et l'histologiste confirma le caractère chronique et bénin de cet ulcère.

OBS n°36 : Un homme de 63 ans porteur :

.D'un flutter auriculaire,pour lequel il est aux anticoagulants.

.d'une polyarthrite rhumatoide,pour laquelle il est à de fortes doses de corticoides.

est radiographié,étant donné l'existence de douleurs

.../...

épigastriques.Le transit gastro-duodénal révèle un ulcère de la P.C sous-angulaire.Trois jours après survient une hématémèse,une fibroscopie,faite en période hémorragique,confirme le diagnostic.Après une accalmie,l'hémorragie récidiva et imposa l'intervention.Il fut pratiqué une gastrectomie des 4/5 avec anastomose type FINSTERER,sous corticoides pré per et post-opératoires.Les suites furent perturbées par :

.une fistule duodénale apparue au 11ème jour

.une fistule gastro-jéjunale au 20ème jour

.enfin le malade fut emporté dans un tableau d'agranulocytose,attribuée à l'amidopyrine.

OBS n°41 ; Cette observation est celle d'un homme de 58 ans qui avait été hospitalisé,un mois avant son accident hémorragique,pour une première poussée ascitique d'une cirrhose éthylique.Lors de son hospitalisation,avaient été découvertes des varices oesophagiennes au transit oeso-gastroduodénal.Un mois après,il fait une hématémèse de grande abondance avec collapsus et devant l'intensité de l'hémorragie,non controlée par la sonde de BLAKEMOORE,une anastomose porto-cave d'hémostase,en urgence,est tentée.A l'intervention :hypertension portale avec cirrhose micro-nodulaire,un arrêt cardiaque irréversible se produit en cours d'intervention,lors du clampage latéral de la veine cave.

.../...

Les 5 autres observations concernent des lésions siègeant au delà du pylore.

OBS n° 8 : Il s'agit d'un ulcère post-bulbaire,chez un homme de 53 ans,éthylique,qui avait présenté un premier accident hémorragique 6 mois auparavant.Le saignement provenait de la gastroduodénale.Une gastrectomie, avec anastomose type FINSTERER,fut pratiquée.Les résultats furent médiocres,marqués par l'apparition d'une démence éthylique,nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

OBS n° 9 : Monsieur V... Dominique,agé de 58 ans;est hospitalisé pour mélaena.Des radiographies personnelles,2 ans auparavant,montraient un ulcère pylorique et un doute quant à un ulcère post-bulbaire.L'intervention confirma le diagnostic d'ulcère post-bulbaire,une gastrectomie,avec anastomose type FINSTERER,est pratiquée, les suites en furent simples.

Les 3 autres consistent en :

.un ulcère antérieur de D 1,chez un homme de 21 ans, traité par DRAGSTEDT et pyloroplastie,aux suites simples.

.un ulcère post-bulbaire et de D 2,chez un homme de 60 ans,traité par gastrectomie avec anastomose type PEAN sur D 2,aux suites simples.

.../...

.un ulcère de D 1,perforé bouché dans le petit épiploon, chez un homme de 51 ans,traité par gastrectomie,avec anastomose type FINSTERER,aux suites simples.

EN CONCLUSION

Sur 8 malades,les examens antérieurs consistent surtout en un examen radiologique.Une fois a été pratiquée une fibroscopie;en plus,en urgence.Ces différents examens radiologiques,effectués en dehors de tout épisode hémorragique,donc dans de meilleures conditions techniques,ont porté un diagnostic qui fut confirmé par les constatations per-opératoires.Il en est de même pour la fibroscopie pratiquée dans l'observation n° 36.

.../...

TABLEAU III

Seul l'examen radiographique fut pratiqué en urgence

OBS	RADIOLOGIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n° 1	Vaste ulcération de la P.C angulaire.	Ulcère géant de la P.C, perforé bouché dans le pancréas	Ulcère calleux géant bénin
n° 2	Importante ulcération de la région antro-pylorique.	Enorme tuméfaction englobant pylore, bulbe et génu sup.	
n° 5	Ulcère de la P.C et doute sur le bulbe.	Double ulcère de la P.C.	Ulcère chronique de la P.C + ulc. bulbaire guéri.
n° 6	Ulcère de la P.C.	Ulcère de la P.C	Ulc. creusant
n° 7	Ulcère du bulbe	Ulcère post-pylorique	Non retrouvé
n°10	Image suspecte pré-pylorique	Ulcère bulbaire postérieur	Oèdème du bulbe + exulcèrations aigues de l'antre

.../....

OBS	RADIOLOGIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n°12	Ulcère centro-bulbaire	Ulcère face antérieure du bulbe.	Ulcère récent avec granulome du fond
n°17	Pas d'ulcère décelable 17 jours après un PEAN	Ulcère duodénal postérieur + ulcère de la queue de raquette.	Ulcère juxta-pylorique à la 1ère intervention.
n°18	Ulcère angle de la P.C.	Ulcère angle de la PC.	Ulcère angleP.C.
n°19	Ulcère post-bulbaire,perforé bouché dans pancréas	Volumineux ulcère de D 1, allant à 1,5 cm de la papille	Ulcère chronique
n°20	Grosse niche du versant post. P.C. verticale.	Ulcère de la P.C.	Ulcère chronique
n°23	Schwannome G.C antrale	Schwannome dégénéré	Schwannome malin
n°37	Ulcère du bulbe sur bulbe scléreux.	Double ulcus du bulbe,supérieur et postérieur.	Non retrouvés.Ulcérations pré-pyloriques

.../...

Treize malades furent radiographiés en urgence et uniquement radiographiés.Sur ces treize malades,12 diagnostics radiologiques furent confirmés lors de l'intervention chirurgicale.

Une seule fois l'examen radiologique ne montra pas les lésions trouvées en per-opératoire,il s'agissait, il est vrai,d'un examen fait au 17ème jour d'une gastrectomie (PEAN).

Sur ces 13 malades on trouve :

.3 ulcères du bulbe

.5 ulcères de la petite courbure

.2 ulcères de la région antrale

.1 ulcère post-bulbaire

.1 Schwannome dégénéré

.1 Ulcère récidivant.

En conclusion : soit 92,3 % de diagnostics justes.

T A B L E A U IV

Seule la fibroscopie a été faite en urgence

OBS	FIBROSCOPIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n° 14	Rien sur l'estomac, reflux de sang par le pylore.	Ulcère de D 2	Ulcère D ?
n° 15	Rien dans l'estomac	Ulcère du bulbe	Ulcère bulbe
n° 24	Rien dans l'estomac, hémorragie au delà du pylore.	Double ulcère du bulbe	Ulcère ancien
n° 28	Oesophage et estomacs normaux, lésions hémorragiques duodénales probables.	Ulcère duodénal	Berge d'ulcère ayant perforé la paroi
n° 31	Ulcération actuellement hémorragique de la P.C. verticale. Pas de gastrite.	Gastrite hémorragique avec saignement diffus.	
n° 32	Oesophage et estomac normaux	Ulcère du bulbe	Ulc. Chronique

.../...

OBS	FIBROSCOPIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n° 34	Varices oesophagiennes de calibre modéré.Ecchymose hémorragique du bulbe.	Petite éraillure de la P.C. Duodénum inflammatoire	
n° 40	Varices oesophagiennes.Petit doute sur l'antre.	Varices oesophagiennes.Hypertension portale,pas d'ulcère.	Cirrhose micronodulaire.
n° 42	Varices oesophagiennes qui viennent de saigner.Rien dans l'estomac.Rx 1 mois avant : disparition d'un ulcus de laPC	Cirrhose Hypertension portale Varices oesophagiennes	
n° 44	Varices oesophagiennes.Rien dans l'estomac.	Varices oesophagiennes et cardio-tubérositaires.	Cirrhose

.../...

Dix malades ont eu une fibroscopie en urgence,à titre isolé.L'observation n° 42 est incluse dans ce groupe car, chez ce malade,on connaissait l'existence d'un ulcère de la petite courbure.Cet ulcère était,radiologiquement,cicatrisé un mois avant l'accident hémorragique.La fibroscopie montra un estomac normal et des varices oesophagiennes venant de saigner,ce qui fut confirmé par l'intervention.

Sur ces 10 malades on retrouve :

1°/ Des localisations précisées par la fibroscopie :

.2 fois comme siègeant au delà du pylore avec reflux hémorragique.

.1 fois lésion hémorragique du bulbe.

2°/ Un examen endoscopique normal de l'estomac,les lésions siègeant au delà du pylore et elles ne furent pas atteintes par le fibroscope.

.2 fois l'ulcère était duodénal.

3°/ Quatre examens montraient des varices oesophagiennes :

.2 fois,il s'agissait uniquement de varices.

.1 fois,il existait en plus un doute quant à la lésion antrale non hémorragique lors de l'examen.Cette lésion ne fut pas retrouvée lors de l'intervention.

.1 fois,il était noté des varices oesophagiennes de calibre modéré,ainsi qu'une ecchymose hémorragique du bulbe.A l'intervention,le duodénum est noté inflammatoire

.../...

et il existait une petite éraillure de la P.C. nécessitant un point de suture.

4°/ Un examen notait une ulcération de la P.C. verticale sans signe de gastrite lors de l'examen.Lors de l'intervention :gastrite hémorragique avec saignement diffus.

En conclusion sur 10 cas :

.5 cas furent justement préciés par la fibroscopie 50%

.2 cas n'étaient pas accessibles au fibroscope 20%

.2 cas où il exite des divergences entre la chirurgie et la fibroscopie,mais il s'agissait de gastro-duodénite dont on connait l'extrême variabilité d'un instant à l'autre 20%

.1 cas où l'exploration chirurgicale ne retrouve pas une image suspecte de l'antre.. ..... 10%

.../...

OBS	FIBROSCOPIE	RADIOLOGIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n° 27	Estomac et oesophage normaux.G.T et P.C. horizont. non vues.	Pas de V.O.Pas de lésion ulcèreuse.Région post-bulbaire douteuse.	Ulcère postérieur de la P.C.	Ulcère gastrique bénin.
n° 29	Pas de source hémorragique au niveau de l' estomac.	Ulcère de l'antre,près de la grande courbure	Ulcère face antérieure de l'antre.	Ulcère gastrique bénin.
n° 30	Varices oesophagiennes non hémorragiques.Pas de source gastrique.	Ulcère bulbaire	Ulcère bulbaire	Ulcère duodénal chronique.
n° 33	Ulcère de la P.C.	Ulcère de la P.C.	Ulcère de la P.C.	Ulcère P.C.
n° 35	Pas de source hémorragique au niveau est.	Ulcère P.C. horizontale	Ulcère pré-pylor.	idem

OBS	FIBROSCOPIE	RADIOLOGIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n° 38	Reflux hémorragique par le pylore.	Ulcère du bulbe	Ucère collant au pied du pédicule H	non retrouvé
n° 39	Ulcère gastrique à sa partie haute.	Ulcère de la P.C.	Ulcère 3 cm sous le cardia.	Ulc. gastrique
n° 43	Varices oesophagiennes	Petite H. Hiatale,le reste est normal.	Hypertension portale.	Cirrhose micro-nodulaire.
n° 45	Hernie hiatale,rien dans l'estomac.	Ulcère post-bulbaire	Ulcère post-bulbaire	Ulc. chronique
n° 49	Varices oesophagiennes Estomac normal.	Varices cardio-tubéro-sitaires.	Hypertension portale	Cirrhose
n° 50	2 ulcères gastriques	Niche de Haudeck,P.C sous cardiale.	Enorme ulcère sous cardial.	Ulcère.

.../...

OBS	FIBROSCOPIE	RADIOLOGIE	INTERVENTION	HISTOLOGIE
n° 51	Varices oesophagiennes Estomac normal.	Varices,rien par ailleurs.	Hypertension portale	Cirrhose.
n° 52	Pas de source hémorragique intra-gastrique	T.G.D :normal Artério :fuite au niveau du génu supérius	Ulcère du génu supérius.	

.../...

18 malades ont eu une fibroscopie et un transit gastro-duodénal,en uregence,dans les premières 24 heures.

Sur ces 18 malades,on dénombre :

.4 ulcères duodénaux dont 2 du bulbe et 2 post-bulbaires,

.7 ulcères gastriques dont 5 de la petite courbure,1 de la face postérieure et un de la grande courbure antrale.

.3 gastrites hémorragiques

.3 varices oesophagiennes par hypertension portale

.1 ulcère peptique.

A°/ Dans 9 cas,concordance fibro-radio-chirurgicale.

.4 ulcères gastriques

.1 reflux de sang par le pylore

.4 varices oesophagiennes

B°/ Dans 3 cas,concordance radio-chirurgicale.

La lésion siègeait au delà du pylore.Dans l'observation n° 30,la fibroscopie avait permis de noter l'existence de varices oesophagiennes non hémorragiques.Et dans 1 cas seule l'artériographie montra la lésion.

C°/ Dans 1 cas ,la radiographie notait un ulcère de la P.C. et la fibroscopie gastrite ecchymotique et purpurique. Celle-ci fut confirmée par l'intervention.

D°/ Dans 2 cas,par contre,une concordance radio-chirurgicale vient s'opposer à la fibroscopie :

.../...

.un petit ulcère de la face antérieure de l'antre,près de la grande courbure.

.un ulcère de la P.C. horizontale pré-pylorique.

E°/ Enfin dans 3 cas il y eut des discordances entre les constatations per-opératoires et les examens fibroscopique et radiologique.

OBS n°13 : En fibroscopie,on note un ulcère saignant du versant antérieur de la petite courbure angulaire. En radiographie on note une image d'addition de la petite courbure antrale.A l'intervention,on trouve de nombreuses ulcèrations superficielles en coup d'ongle,associées à une duodénite intense. Une Vagotomie,associée à une pyloroplastie,guérit ce malade.

OBS n°22 : Chez un homme de 52 ans,gastrectomisé 4 ans avant avec anastomose type POLYA,il est noté,en fibroscopie,une hémorragie venant du cardia et du bas oesophage;en radiographie,il existe un doute sur la région sous-cardiale avec un bon fonctionnement de la bouche d'anastomose.A l'intervention :ulcère de la face postérieure de l'anse efférente,confirmé chronique en histologie.

OBS n°27 : Il s'agit d'une femme de 67 ans;hospitalisée pour hématémèse et mélaena avec un hématocrite à 18 %.

.../...

Fibroscopie:estomac endoscopiquement normal,oesophage normal.La P.C. horizontale et la grosse tubérosité n'ont pu être vues.

Radiographie:pas de lésion ulcèreuse,mais région post-bulbaire douteuse.

Intervention:Lors de la gastrotomie exploratrice on trouve un ulcère près de la petite courbure,histologiquement bénin.Il est pratiqué une gastrectomie 2/3,avec anastomose type FINSTERER,aux suites simples.

En conclusion :

Si l'on prend comme point de référence les constatations chirurgicales=concordent avec elles,sur 18 malades :

.10 fois la fibroscopie

.14 fois la radiographie

=divergent d'avec elles,sur 18 malades :

.2 fois la fibroscopie

.1 fois la Radiographie

.3 fois les deux.

.../...

TABLEAU VI

OBS	DELAI	AGE	SEXE	INTERVENTION	RESULTATS	LESION
n° 1	16 j	78	F	Finsterer	Bien	Ulcère P.C.
n° 2	10 j	80	M	Gastro-entérostomie	DCD 8ème j	Enorme tuméfaction antro-duodénale.
n° 3	31 j	55	M	Finsterer	Bien	Ulcère P.C.
n° 4	27 H	43	F	Suture de varice	D.C.D.	Varices cardio-tubérositaires.
n° 5	48 H	57	M	Finsterer	Bien	Ulcère PC
n° 6	6 j	44	M	Péan	Bien	Ulcère P.C.
n° 7	18 j	49	M	Finsterer	Bien	Ulcère bulbe
n° 8	1 j	53	M	Finsterer	Démence éthylique	Ulcère post-bulbaire.
n° 9	1 j	58	M	Finsterer	Bien	Ulcère post-bulbaire.
n°10	1 j	32	M	Finsterer	Bien	Ulc. bulbe
n°11	2 m	57	M	Gastroduodénotomie exploratrice.Pyloroplastie.	DCD.Décompensation cirrhose.	Exulcèrations simples.
n°12	36 H	23	M	JUDD	Bien	Ulc. bulbe

.../...

OBS	DELAI	AGE	SEXE	INTERVENTION	RESULTATS	LESION
n°13	36 H	35	M	Dragstedt, pyloroplastie.	Bien	Exulcèrations Duodénite.
n°14	4 H	50	M	Gastrectomie pour exclusion. Puis point en X. Gastrectomie totale. Duodénectomie.	DCD	Coma urémique H.T.A. Ulcère de D 2
n°15	48 H	48	M	Finsterer	Bien	Ulc. bulbe
n°16	10 j	54	F	Finsterer	Bien	Ulc. pré-pylorique.
n°17	qq H	57	M	Suture ulc. perforé. Puis 6 jours après : Péan car hémorragie. Gastrectomie totale 17 jours après.	DCD	Ulcère duodénal récidivant. Zollinger?
n°18	10 j	68	F	Péan	Bien	Ulc. angle PC
n°19	24 h	43	M	Finsterer	Empyème sous-dural	Ulc. post-bulb.
n°20	1 m	53	M	Finterer	Bien	Ulcère P.C.
n°21	3 H	21	M	Judd	Moyen	ULc. Bulbe
n°22	28 H	52	M	Dégastro-gastrectomie Vagotomie (Polya)	Moyen	Ulc. Peptique
n°23	4 j	60	M	Gastrectomie totale	Bien	Schwannome dégénéré.
n°24	24 H	67	M	Finsterer	Bien	Ulc. bulbe

.../...

OBS	DELAI	AGE	SEXE	INTERVENTION	RESULTATS	LESION
n°25	18 H	36	M	Dragstedt + pyloroplastie.	Bien	Gastrite hémorragique(éthyl)
n°26	48 H	53	M	Dragstedt sur un Finsterer fait 8 ans avant.	Phlébite	Gastrite
n°27	48 H	66	F	Finsterer	Bien	Ulc. Post.de la P.C.
n°28	72 H	40	M	Finsterer	Bien	Ulc. duodénal
n°29	13 j	60	M	Finsterer	Bien	Ulc. antre
n°30	10 j	64	F	Finsterer	D.C.D. Cirrhose.	2 Ulcères duodénaux.
n°31	qq H	69	M	Gastrotomie d'exploration.Infiltration splanchnique.	C.I.V.D. Rein artificiel TGD 1 mois après: nl.	Gastrite hémorragique sous : aspirine,pindione,phénylbutazone.
n°32	qq H	21	M	Judd	Bien	Ulc. duodénal
n°33	3 j	33	M	Finsterer	Bien	Ulc. de la PC
n°34	qq H	71	M	Eraillure P.C.nécessitant un point.Pyloroplastie.	Simples	Ethylisme,+sintrom+phénylbutazone.
n°35	3 j	52	F	Péan	Bien	Ulc. pré-pylor.
n°36	5 j	63	M	Finsterer	DCD	Ulc. gastrique
n°37	2 j	43	M	Finsterer	Bien	Ulc. du bulbe

.../...

OBS	DELAI	AGE	SEXE	INTERVENTION	RESULTATS	LESION
n°38	1 j	51	M	Péan, puis ré-intervention pour gastrite hémorragique.	DCD	Ulc. D 1
n°39	8 H	58	M	Finsterer	Bien	Ulc. gastrique
n°40	48 H	58	M	Anastomose porto-cave	DCD	HTP. Cirrhose
n°41	qq H	58	M	Anastomose porto-cave	DCD	HTP. Cirrhose
n°42	7 j	52	M	Gastrotomie.A.P.C.	DCD	HTP. Cirrhose
n°43	3 j	48	M	Anastomose porto-cave	DCD	HTP. Cirrhose
n°44	24 H	59	M	Anastmose porto-cave	DCD	HTP .Cirrhose
n°45	4 j	67	M	Finsterer	Bien	Ulc. duodénal
n°46	qq H	60	M	Péan	Bien	Ulc. post-bulb.
n°47	18 J	51	M	Finsterer	Bien	Ulc. duodénal
n°48	qq H	70	M	Anastomose porto-cave	DCD	HTP. Hépatome
n°49	24 H	50	F	Anastomose porto-cave	DCD	HTP. Cirrhose
n°50	5 s 3 m	61	M	1°/ Cholécystectomie 2°/ Gastrectomie tot.	DCD	Enorme U. Gast.
n°51	3 s	33	M	Anastomose porto-cave	Bien	Cirrhose méta-ictèrique.
n°52	24 H	28	M	Suture ulcère.Vagotomie + pyloroplastie	Bien	Ulc. du génu supérius.

.../...

Sur 52 malades qui ont été opérés,nous trouvons comme il est habituel 8 femmes pour 44 hommes et une fréquence maxima entre 50 et 60 ans.

De 10 à 20 ans	 0	cas
De 20 à 30 ans	 4	"
De 30 à 40 ans	 5	"
De 40 à 50 ans	 8	"
De 50 à 60 ans	 20	"
De 60 à 70 ans	 11	"
De 70 à 80 ans	 3	"
Après 80 ans	 1	"

Sur 52 malades,il a été pratiqué :

.29 gastrectomies avec:anastomose type PEAN 6 fois
anastomose type FINSTERER 23 fois.

.2 gastrectomies totales

.3 DRAGSTEDT associé à une pyloroplastie

.3 JUDD

.1 gastrotomie exploratrice avec anfiltration splanchnique

.8 anastomoses porto-cave dont 7 en urgence

.1 ligature de varice cardio-tubérositaire

.1 vagotomie,faite 8 ans après gastrectomie

.1 dégastro-gastrectomie

.2 pyloroplasties

.1 gastro-entérostomie .

.../...

LE DELAI, entre le premier accident hémorragique ayant entrainé l'hospitalisation et l'intervention est de :

24 heures ou moins	.....	20 malades
Entre 24 et 48 heures	.....	10 "
Entre 2 et 4 jours	.....	6 "
	soit	36 malades sur 52
Entre 4 et 10 jours	.....	7 malades
Entre 10 jours et 1 mois	.....	7 "
Au delà	.....	2 "

Sur ces 52 malades, 36 ont survécu. Parmi ces 36 malades on retrouve 5 complications post-opératoires :

.Une démence éthylique.

.2 phlébites et chez un de ces malades un empyème sous-dural, 2 mois après, ayant nécessité une intervention neuro-chirurgicale.

.1 abcès sous-phrénique droit.

.1 coagulation intravasculaire disséminée avec insuffisance rénale, ayant nécessité une épuration extra-rénale.

Sont à déplorer 16 décès, dont nous détaillons les observations

A°/ 7 anastomoses portocave faites en urgence

Ces malades avaient un très mauvais état général

.2 malades opérés devant l'abondance et la répétition

.../...

de l'hémorragie,firent un arrêt cardiaque en cours d' intervention,l'un au début ,l'autre au clampage latéral de la veine cave inférieure.

.1 malade était en plein délirium trémens et fut opéré car il existait un doute quant à un ulcère de l'antre en fibroscopie.

.1 malade avait une ascite de 6 litres.

.1 autre avait un ulcère gastrique connu et cicatrisé.Bien que l'anastomose ait fait baissé,de 57 à 20 cm d'eau,la pression portale,l'évolution fut fatale au 8ème jour dans un tableau d'ictère et de reprise hémorragique.

.1 autre développa ,en quelques heures,un coma hépatique.

.Enfin le dernier avait de plus un hépatome malin.

B°/ Parmi les 9 autres

OBS n° 2 : Homme de 60 ans,hypertendu,présentant à l'intervention une énorme tuméfaction englobant le pylore,le bulbe et le génu supérius avec une perforation postérieure,dans le pancréas,centrée par l' artère gastroduodénale qui est liée.Le pédicule hépatique est indisséquable,une gastro-entérostomie est pratiquée.

OBS n° 4 : Femme de 43 ans,importantes varices de la grosse tubérosité,dont une saigne.Il est procédé une ligature et il est mis en place une sonde de BLAKEMOORE.Décès 6 jours après dans un tableau fébrile et hémorragique.

.../...

OBS n°11 : Homme de 57 ans,éthylique et ascitique ,à l'intervention on note la présence de taches ulcèro-nécrotiques.Il n'existe pas de tumeur gastrique,vue en fibroscopie,il est pratiqué une pyloroplastie fermant la gastro-duodénotomie.Décès 15 jours après dans un tableau de grosse poussée cirrhotique.

OBS n°14 : Homme de 50 ans,hypertendu,ayant fait une hémiplégie à l'âge de 36 ans,hospitalisé pour coma urémique avec urée à 4 grammes/litre.Une dialyse péritonéale est pratiquée et en cours d'hospitalisation apparait un mélaena.La fibroscopie,faite en urgence, montre un reflux hémorragique par le pylore,l'intervention est pratiquée 2 heures après et permet de constater l'existence d'un ulcère de D 2,faisant 5 cmm de haut,avec disparition complète de la face interne du duodénum.Il est pratiqué une vagotomie, associée à une gastrectomie pour exclusion avec anastomose type FINSTERER.Un saignement 3 jours après entraine une ré-intervention au cours de laquelle on ligature une artériole duodénale.Le lendemain,nouvelle hémorragie,une ré-intervention est pratiquée :gastrectomie totale avec duodénectomie totale.

OBS n°15 : Homme de 57 ans,opéré d'une perforation ulcèreuse; une suture simple avait été pratiquée.Six jours après apparait un mélaena avec aggravation

.../...

rapide de l'hémorragie digestive et collapsus. A l'intervention,on trouve un ulcère antérieur du bulbe de 1 cm^2 et un ulcère postérieur de 2 cm^2, une gastrectomie,avec anastomose type PEAN,est pratiquée.Dix-sept jours après,à nouveau hémorragie digestive,le transit gastro-duodénal pratiqué en urgence ne montre pas de lésion.Lors de cette deuxième réintervention,au cours de la gastrotomie exploratrice,on trouve un nouvel ulcère duodénal largement perforé dans le pancréas avec une artère qui donne en jet et un ulcère de la queue de la raquette.Une gastrectomie totale est pratiquée. Sept jours après,à nouveau récidive hémorragique une troisième ré-intervention est pratiquée,l' hémorragie vient du fond de l'ulcère,laissé en place,où l'artère gastroduodénale donne en jet.

OBS n°30 : Femme de 64 ans,éthylique et cirrhotique,chez laquelle existaient des varices oesophagiennes vues en fibroscopie et un ulcère bulbaire vu en radiographie.Elle est opérée,10 jours après son premier accident hémorragique,pour récidive hémorragique : gastrectomie avec anastomose type FINSTERER.Une décompensation cirrhotique emporte la malade.

OBS n°36 : Déjà citée (page n° 10)

.../...

OBS n°38 : Homme de 51 ans,hospitalisé pour hématémèse et mélaena,dont les antécédents sont marqués par une imprégnation éthylique massive.L'existence d'un ulcère du bulbe était connue,la fibroscopie faite en urgence révèle la présence de petites varices oesophagiennes et surtout l'existence d'un reflux hémorragique par le pylore.La persistance du saignement oblige à intervenir en urgence, lors de l'intervention on trouve un ulcère du bulbe collant au pied du pédicule hépatique.Une gastrectomie,avec anastomose type PEAN,est pratiquée. Six jours après : récidive avec arrêt cardiaque,vite rattrapé par des transfusions massives et un massage cardiaque externe.A la ré-intervention, lors de la gastrotomie exploratrice,on note une ulcération gastrique siègeant 5 cm au dessus de l'anastomose qui est par ailleurs normale ainsi que le duodénum.Cette ulcération est marquée par une artère qui saigne en jet.Les suites sont troublées par une fistule,vite tarie à l'acide lactique,des problèmes de paroi.Après une période de 15 jours,alors que toute hémorragie avait cessé, apparition brutale d'une grande hématémèse avec collapsus,cette fois-ci irréversible.A la vérification nombreuses ulcérations gastriques dont certaines sont cicatrisées.

.../...

OBS n°50 : Homme de 61 ans,hospitalisé pour hématémèse et mélaena,avec hématocrite à 17 %.Dans les antécédents on note l'existence d'un syndrôme de PARKINSON, traité par la L.Dopa;un énorme ulcère de la petite courbure est retrouvé au transit baryté et confirmé par la fibroscopie.L'intervention put être différée, lors de celle-ci on a la surprise de trouver,en plus de cet énorme ulcère gastrique,une cholécystite gangrèneuse qui avait été asymptomatique,qui était non lithiasique.Cette cholécystite gangrèneuse était d'origine vasculaire,l'ulcère gastrique était perforé bouché dans le pancréas,à l'aplomb du trons coeliaque.Lors de la gastrectomie la ligature de la pylorique et de la gastroépiploique droite entraina un aspect lis de vin de l'estomac,témoin de sa mauvaise vascularisation.La gastrectomie, du fait de l'ulcère ne put être que totale.Décès au 3ème jour d'un infarctus mésentérique massif.

Sur ces 9 malades: on relève 8 fois des facteurs aggravant :

.4 cirrhotiques

.1 coma urémique

.2 associations vasculaires et médicamentauses

.1 ulcère récidivant (Zollinger ?)

.../...

T A B L E A U VII

Il concerne les malades qui ont eu en urgence, soit un exmen radiographique, soit un examen fibroscopique, soit les deux. En regroupant ces différents dossiers on note l'approche diagnostique.

F:0 =fibroscopie non faite F:+ =Dg fibroscopique positif F:- = Dg. erroné
F:? =la lésion siègeait au delà du pylore. De même pour la radio R:0 ; R:- ; R:+ .

OBS	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n° 1	Ulcère P.C.	non faite	Ulcère P.C.	F:0	R:+
n° 2	Importante ulcération antro-pylorique.	non faite	Enorme tuméfaction du pylore et de D 1	F:0	R:+
n° 3	Ulcère P.C.	non faite	Ulcère P.C.	F:0	R:+
n° 6	Ulcère P.C.	non faite	Ulcère P.C.	F:0	R:+
n°10	Doute sur lésion pré-pylorique.	non faite	Ulcère bulbaire post. Exulcérations aigues de l'antre.	F:0	R:- ou R:+

.../...

CBT	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n°1'	Soit gros plis, soit ulcère face post. de l'antre.	Gros plis, tumeur gastrique.	Exulcérations gastriques.	F:- ou F:+	R:- ou R:+
n°1	Ulcère centro-bulbaire	non faite	Ulcère du bulbe	F:0	R:+
n°13	Image d'addition antrale	Ulcère face antérieure de l'antre.	Exulcérations superficielles. Duodénite	F:-	R:-
n°14	non faite	Reflux de sang par le pylore.	Ulcère de D ?	F:+	R:0
n°15	Antécédents: ulcère du bulbe ?	Rien dans l'estomac	Ulcère du bulbe	F:?	R:0
n°16	Ulcère pré-pylorique, perforé bouché.	Grosse ulcération de la P.C. antrale.	Ulcère pré-pylorique perforé bouché.	F:+	R:+

.../....

OBS	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n°17	Pas d'ulcère décelable au 17ème j d'un REAN	non faite	Nouvel ulcère duodénal et ulcère de la queue de raquette.	F:0	R:-
n°18	Ulcère angle de la PC	non faite	Ulcère angle P.C.	F:0	R:+
n°19	Ulcère post-bulbaire	non faite	Ulcère post-bulbaire	F:0	R:+
n°20	Ulcère P.C.	non faite	Ulcère P.C.	F:0	R:+
n°22	Doute sur le cardia. Bon fonctionnement de la bouche anastomotique	Hémorragie venant du cardia ou du bas oeso-phage.	Ulcère perforé bouché de l'anse efférente d' un POLYA.	F:-	R:-
n°23	Schwannome dégénéré	non faite	Schwannome dégénéré	F:0	R:+
n°24	non faite	Hémorragie au delà du pylore (reflux)	Ulcère du bulbe	F:+	R:0

.../....

OBS	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n°26	Ulcère I.C.	Gastrite ecchymotique et purpurique.	Gastrite hémorragique.	F:+	R:-
n°27	Estomac normal.Doute sur la région post-bulbaire.	Estomac normal.P.C et G.T. non vues.	Ulcère postérieur de la P.C.	F:-	R:-
n°28	non faite	Lésion hémorragique duodénale.	Ulcère duodénal	F:+	R:0
n°29	Ulcère de l'antre	Pas de source hémorragique au niveau de l'estomac.	Ulcère face antérieure de l'antre.	F:-	R:+
n°30	Ulcère duodénal	Varices oesophagiennes non hémorragiques.Pas de source gastrique;	Ulcère duodénal	F:?	R:+

.../...

[illegible]	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n°31	non faite	Ulcération actuellement hémorragique.Pas de gastrite.	Gastrite hémorragique	F:+-	R:0
n°32	Ulcère du bulbe	Oesophage normal.Estomac normal.	Ulcère du bulbe	F:?	R:+
n°33	Ulcère de la P.C.	Ulcère P.C.	Ulcère P.C.	F:+	R:+
n°34	non faite	V.O. de calibre modéré ecchymose hémorragique du bulbe.	Eraillure P.C.Duodénum inflammatoire.	F:+	R:0
n°35	Ulcère P.C. antrale	Rien dans l'estomac	Ulcère pré-pylorique	F:-	R:+
n°36	Ulcère P.C.(3 j avant)	Ulc. P.C sous-angu.	Ulcère P.C.	F:+	R:0
n°37	Ulcère du bulbe	non faite	Ulcère du bulbe	F:0	R:+

.../...

CAS	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n°38	Ulcère duodénal ? 5 ans	Ulcère au delà du pylore.	Ulcère duodénal	F:+	R:0
n°39	5 ans avant:Ulcère de la P.C.	Ulcère face postérieure de l'estomac à sa partie haute.	Ulcère 3 cm sous le cardia.	F:+	R:0
n°40	non faite	V.O. Doute antre	HTP Pas d'ulcère	F:+	R:0
n°42	1 mois avant:ulcus PC guéri	V.O. qui viennent de saigner dans l'estomac Rien sur l'estomac	Cirrhose H.T.P.	F:+	R:0
n°43	Petite hernie hiatale, le reste est normal.	Varices oesophagiennes	H.T.P.	F:+	R:+
n°44	non faite	Varices oesophagiennes	H.T.P.	F:+	R:0

.../....

OBS	RADIOGRAPHIE	FIBROSCOPIE	CHIRURGIE	F	R
n°48	Ulcère post-bulbaire	Petite hernie hiatale Rien dans l'estomac	Ulcère post-bulbaire	F:?	R:+
n°49	Varices grosse tubérosité	Varices oesophagiennes Pas d'ulcère.	H.T.P.	F:+	R:+
n°50	Enorme ulcère P.C.	2 Ulcères gastriques	Enorme ulcère P.C.	F:+	R:+
n°51	Varices oesophagiennes Estomac normal.	Varices oesophagiennes Estomac normal.	H.T.P.	F:+	R:+
n°52	TGD normal.Artério : fuite au génu supérius	Rien dans l'estomac	Ulcère génu supérius	F:?	R:+

.../...

41 malades ont eu en urgence :.soit un examen fibroscopique
.soit un exmen radiologique
.soit les deux.

Le résultat global montre :

1°/ Au point de vue radiologique

.22 examens positifs	75 %
. 2 examens émettant un doute	7 %
. 5 examens négatifs	18 %
29 examens	100 %

12 fois l'examen radiologique n'a pas été fait.

2°/ Au point de vue fibroscopique

.17 examens positifs	60 %
. 4 examens faux négatifs (au delà du pylore).	15 %
. 2 examens émettant un doute	7 %
. 5 examens négatifs	18 %
29 examens	100 %

12 fois la fibroscopie n'a pas été faite.

3°/ Sur l'ensemble

.33 fois le diagnostic fut porté par l'une des 2 méthodes ou les 2	80 %
. 3 fois un des examens avait attiré l'attention sur la région intéressée	7,5 %
36 sur 41 soit	87,5 %

.../...

4°/ Sur les 5 dossiers où les examens furent négatifs... 12,5 %

. 1 fois,il s'agissait d'un ulcère du bulbe et seule la fibroscopie avait pu être effectuée.

. 1 fois il s'agissait d'un ulcère du duidénum et de la queue de la raquette d'un PEAN,pratiquè 17 jours avant.

. 3 fois l'association de la fibroscopie et de la radiologie n'apportèrent pas le diagnostic :
-une gastrite étiquetée ulcère de l'antre.
-un ulcère postérieur de la petite courbure
-un ulcère de l'anse efférente d'une gastrectomie avec anastomose type POLYA.

Sur la totalité des 52 dossiers

. 44 malades eurent un diagnostic porté en pré-opératoire .. 84 %

. 3 malades n'eurent aucun examen ..... 6 %

. 5 malades,radiographiés ou fibroscopés,virent leur diagnostic établi ou rétabli par l'intervention .... 10 %

52 .....100 %

Le chiffre de 87,5 % d'approche diagnostique positive,est comparable à celui donné dans de nombreuses publications.

.8 à 12% d'erreur de la fibroscopie (DUPUY P. et COULBOIS J.)

.98 % de diagnostics positifs aux deux méthodes (DUPUY P.)

.72 % de diagnostics exacts par fibroscopie (HALPHEN F.)

.73,2 % de diagnostics fibroscopiques positifs (NICAISE H.)

.../...

.78,2 % de diagnostics radiologiques positifs (MAILER C.)

.100 % de diagnostics radiologiques positifs dans les ulcères duodénaux (DELANNOY)et 95 % dans les ulcères de la petite courbure et de l'antre;70 % dans les ulcères de la face postérieure

.96 % de résultats positifs par l'association des 2 méthodes (HEDBERG S.E.)

Le tableau A permet de comparer nos 52 cas opérés avec les 150 cas de KATZ.Les différences portent sur :

.Les hémorragies cryptogénétiques,puisque tous nos malades furent opérés,à l'inverse de ceux de KATZ.

.La plus grande place:-des causes ulcèreuses en milieu chirurgical.
-des gastrites en milieu médical.

Les tableaux B , C , et D montrent bien l'importance et la précision de la fibroscopie dans :

. Les ulcères gastriques	70 %	De résultats positifs
. Les gastrites hémorragiques	88 %	de résultats positifs
. Les ulcères aigus	85 %	" "
.Les varices oesophagiennes	72 %	" "

.../...

T A B L E A U A

			METHODE DIAGNOSTIQUE			
Pg	Nb	%	F	R	C	Autre
G.H	6	12 %	2		4	
U.D	20	37 %	4	14	2	
V.O.	9	16 %	6	3		
Assoc	1	2 %		1		
K.G.	1	2 %		1		
V. pep	1	2 %			1	
G.H.	30	20 %	26		3	1
U.D.	29	19,3 %		25	3	1
V.O.	28	18,7 %	28			
U.G.	15	10 %	10	2	4	
Assoc	5	3,3 %	4	1	2	
H.H.	3	2 %	3			
K.G.	3	2 %	1	2		
U marg	2	1,3 %	2			
DIV.	7	4,9 %	4		3	
Cryp	25	16,7 %				

T A B L E A U B

DIAGNOSTIC	Nb cas	Dg exact	Faux -	Faux +
Ulcère duodénal	3		3	
Ulcère gastrique	6	5		1
Erosion gastrique	1	1		
Ulcère peptique	2	2		
Tumeur gastrique	3	3		
Hernie hiatale	1		1	
Varices oesophagiennes.	4	3	1	
Divers	2	2		

NICAISE H. LARDENNOIS B.

.../...

CAUSES / TYPE Dg		U.G		U.D		G.H.		Ul aigus		V.C.		Divers		Pas dilg	
		Nbre	%	Nbre	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Dg direct		14	70	-	-	15	88	17	85	16	72	4	44	-	-
Dg IND	Reflux pylorique	-	-	3	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Autres	2	10	4	50	1	5,8	2	10	1	4,5	2	22	-	-
Dg exclusion		3	15	-	-	1	5,8	1	5	2	9	1	12	1	50
Dg non posé		3	15	-	-	1	5,8	1	5	2	9	2	22	1	50
Dg erroné		1	5	-	-	-	-	-	-	2	9	-	-	-	-

P. GRENIER BOLEY

T A B L E A U D

Lésions / Auteurs	Ulc. Gastriques	Ulcèrations aigues	G. H.	V.O.
BI HIRCHOWITZ 244 OBS	84 %	98,6 %	81,81 %	-
AE BAGRADI 150 OBS	66,66 %	-	100 %	83,78%
I. KATZ 281 OBS	60 %	100 %	96,42 %	100 %
A. IUCCHINI 317 OBS	62,5 %	100 %	100 %	100 %
AR. COOKE 32 OBS	93,75 %	100 %	-	-
I. GRENIER PILEY 100 OBS	70 %	89 %	88,23 %	72,72%

Le tableau E ,tiré de la thèse de F. HALPHEN,montre l'influence du délai sur la précision du diagnostic fibroscopique.Ceci constitue un argument de plus à faire demander un examen fibroscopique en urgence,puisque de 73 % de diagnostics positifs,pendant la période hémorragique,on tombe à 14,3 % après 48 heures.

.../...

Parallèlement,les résultats négatifs passent de 27 % à 85,7 % et conjointement les hémorragies digestives, dont le diagnostic n'est finalement pas fait,passent d'un chiffre de 3,8 % à un chiffre de 14 %.Sur 230 cas,la fibroscopie fut effectuée :

.dans les premières 24 heures ..... 56,87 %

..dans les premières 48 heures ..... 95 %

TABLEAU E

INFLUENCE DU DELAI				
	PERIODE REELLEMENT HEMORRAGIQUE	24 PREMIERES HEURES	ENTRE LA 24 et LA 48ème HEURE	APRES LA 48ème HEURE
ENDO +	73 %	61,5 %	67,3 %	14,3 %
ENDO -	27 %	38,5 %	32,7 %	85,7 %
HEMORRAGIES RESTEES CRYPTOGENETI.	3,8 %	9,3 %	11,4 %	14,1 %

HALPHEN F.

.../...

C O N C L U S I O N S

Du point de vue chirurgical,il ressort de l'étude de ces 52 dossiers que :

.Les malades atteints de gastrite hémorragique arrivent,en nombre restreint,au chirurgien.Dans la majorité des cas il a été pratiqué une vagotomie tronculaire,associée à une pyloroplastie.

.Les malades atteints d'ulcères duodénaux antérieurs,jeunes, furent traités dans la majorité des cas par une excision de l'ulcère suivie de pyloroplastie et associée à une vagotomie.

.Pour les autres localisations,et chez le malade plus agé,nos préférences vont à la gastrectomie classique des 2/3 avec anastomose type FINSTERER.

Enfin il est à souligner la gravité des hémorragies digestives, survenant sur un terrain déjà profondément pathologique,puiqu'on relève 16 Décès sur 52 malades (11 cirrhotiques,1 coma urémique, 2 associations vasculaires et médicamenteuses).

L'étude de ces différents dossiers permet d'apprécier le grand secours apporté par les examens fibroscopiques et radilogiques, effectués en urgence.

L'examen fibroscopique est essentiel dans les varices oesophagiennes,dans les gastrites hémorragiques et les autres lésions de l'estomac.Cet examen comporte peu d'accidents (1 sur 5.000),

.../...

il est faisable au lit du patient,en cours de déchoquage,il est rapide.Cet examen a ses limites,certaines régions de l'estomac sont mal vues,les lésions au delà du pylore sont rarement atteintes avec l'oesofifroscope à vision axiale.L'utilisation du fibro-duodénoscope permettra de pallier à cette insuffisance.Enfin l'examen fibroscopique permet de voir la lésion qui saigne et ainsi d'accuser celle-ci lors d'associations lésionnelles.

Cet examen fibroscopique doit être fait en premier et être suivi de l'examen radiologique qui permet de bien étudier l'estomac et le duodénum.Il est plus long et nécessite le transport du malade en salle de radiologie,mais il:permet dans nombre de cas un diagnostic lésionnel précis.

Cet examen,consistant surtout en transits gastro-duodénaux,peut être enrichi par des artériographies sélectives,effectuées en période hémorragique.Ainsi dans un cas,alors que la fibroscopie et le transit baryté étaient normaux,l'artériographie montra la fuite artérielle avec opacification de l'artère alimentant l'hémorragie,de l'ulcère et du duodénum.

L'adoption du protocole suivant :

.excellent abord veineux,

.pose d'une sonde gastrique,permettant de noter la présence ou l'absence de sang,de laver l'estomac.

.Demande en urgence des examens fibroscopiques et radiologiques.

a permis dans 87,5 % des cas de porter un diagnostic précis et par conséquent une thérapeutique adaptée.

B I B L I O G R A P H I E

1 . ARVAY N.

L'examen radiologique d'urgence aucours des hémorragies digestives hautes.
Arch. Mal. App. Dig. 1957 , 46 ,829-834

2 . AVERY JONES F., GUMMER J.W.P. , LENNARD JONES J.F

Clinical Gastroenterology (edit ,2)Oxford 1968,Blackwell scientific pub.

3 . BAUDRY G. , VISSET J. , BODIC L.

Les hémorragies gastroduodénales graves:problèmes diagnostiques et thérapeutiques.
J. Med. Nantes ,1968,vol. 8,n°1,19-32.

4 . BONFILS S. ,BENHAMOU J.P. ,DEBRAY C. ,HAMBURGER J. , LOYGUE J. ,ROUX M. et PEQUINOT H.

Conduite à tenir devant une hématémèse grave.
Presse Méd. ,1969,vol. 77,n° 10,355-358.

5 . BROWNE D.C. et MAC HARDY G.

Gastroscopy in hemorrhage of the stomach.
New Orleans Med. Surg. J. ,1941 ,vol. 93 ,338-343.

6 . CONN H.O. , BRODOFF M.

Emergency esOphagoscopy in the diagnosis of upper gastrointestinal hemorrhage.
Gastroenterology ,1964 ,vol. 47 ,n° 5 ,505-512.

7 . CONN H.O. ,BINDER H. ,BRODOFF M.

Fiberoptic and conventional esophagoscopy in the diagnosis of esophageal varices.
Gastroenterology ,1967 ,vol. 52 ,n° 5,810-818.

8 . CONN H.O. ,SIMPSON J.A.

A rational program for the diagnosis and treatment of bleeding esophageal varices.
Med. Clin. of North Amer. 1968 ,vol.52,n° 6,1457-1474.

9 . CONTE M. ,FOUET P. ,POPIN F. et LIGUORY C.

Radiographies et endoscopie gastrique en urgence au cours des hémorragies digestives.
Ann. Med. Intern. ,1970 ,vol. 121 ,n° 2,213-216.

10 . DAGRADI A.E. ,KILLEEN R.N. ,SCHINDLER R.

Esophageal hiatus sliding hernia:an endoscopic study.
Gastroenterology ,1958 ,vol. 35 ,n° 1 ,54-61.

11 . DAGRADI A.E. ,STEMPIEN S.J. ,LEE R.N.

Experiences with esophago-gastroscopy during active upper gastrointestinal hemorrhage.
Bull. Gastroint. Endosc. ,1965 ,vol. 11 ,n° 5 ,20-23

12 . DAGRADI A.E. ,STEMPIEN S.J. ,LEE E.R.

The indication for endoscopy in acute gastrointestinal hemorrhage.
Gastroint. Endosc. ,1966 ,vol. 13 ,N° 11 ,22-24.

13 . DAGRADI A.E. and STEMPIEN S.J.

Esophagoscopy during active upper gastrointestinal bleeding.
Amer. J. Gastroent. 1969 ,vol. 51 ,n° 6 ,499-503.

14 . DEBRAY Ch. ,HOUSSET P. ,PERREAU G.
Progrès de la fibroscopie.
Arch. Mal. Appar. Dig. ,1969 ,tome 58 ,n° 6 ,369-378.

15 . DELANNOY E. ,VANDENDORP F.

Diagnostic clinique et radiologique des hémorragies digestives.Rapport aux journ. franç. de gastroent. Paris 25-26/10/1959.In : Arch. Mal. Appar. Dig.,1959 ,tome 48 , n° 7/8 bis,43.

16 . DESNEUX J.J.

Hémorragies digestives aigues ;endoscopie d'urgence.
Arch. Mal. Appar. Dig. ,1959,tome 48 ,n° 7/8 bis,53.

17 . DUMOULIN H.

Transit gastroduodénal en urgence dans les hématémèses.
J. de Radiol. et D'électroradiol. 1960 ,41 ,830-833.

18 . DUPUY P. ,CAZARD G. ,RUEFF B. ,et NAHUM H.

Corrélations radio-endoscopiques en période d'hémorragie digestive haute.
Presse Médicale 1971 ,79 ,n° 51 ,2309-2311.

19 . DUPUY P. et COULBOIS J.

L'endoscopie d'urgence en gastroentérologie.
Revue du Praticien 1971 ,tome XXI,n° 15 ,2615-2623.

20 . DUPUY P. ,HOUSSET P. ,RUEFF B. ,DEBRAY C.

L'endoscopie oesogastrique d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves.
Arch. Franç; ,Mal. App. Dig. Janv-Fév 1971,60, n°1-2.

21 . EDELMANN G. ,BOUTELIER P. ,BRENOT J. ,et SCHMITT R.

Le traitement des hémorragies gastroduodénales massives.
Mem. Acad. Çhir. ,mars 1966 ,304-315.

22 . FONTAINE R.

L'examen radiologique d'urgence en période d'hématémèse (Revue générale).
Ann. Radiologie 1961 , 4 ,87-89.

23 . GRENIER-BOLEY P.

Thèse Lyon 1970

24 . HALPHEN F.

Thèse Paris 1971

25 . HEDBERG S.E.

Early endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal hemorrhage.An analysis of 323 cases.
Surg. Clin. N. Amer. ,1966 ,vol; 46 ,n° 3 ,499-512.

26 . HEMORRAGIES DIGESTIVES .

Revue du Praticien ,tome 20 , n° 4 ;

27 . HIRSCHOWITZ B.I. ,LUKETIC G.C. ,BALINT J.A. ,FULTON W.F.

Early fiberscope endoscopy for upper gastrointestinal bleeding.
Amer. J. Dig. Dis.,1963,vol. 8 ,n° 10 ,816-825 .

28 . HOUSSET P. ,DELLUC G. ,DEBRAY C.

Indications et résultats de l'oesogastroscopie d'urgence. Actualités hépato-gastroentéro.Hotel-Dieu ,1969,n°7 , 315-322.

29 . JOUVE P. ,MONGES H. ,FOURNIER A.M. ,LEGRE M. , DENIZET D. ,VIGNOLI R.

Enseignements et légitimité de la radiographie d'urgence dans les hématémèses.
J. Radiol. Electr. ,1963 ,tome 44 ,122-126 .

30 . KATZ D. ,DOUVRES P. ,WEISBERG H. ,MACKINNON W. and JERZY GLASS G.B.

Early endoscopic diagnosis of acute upper gastrointestinal hemorrhage.
J. Amer. Med. Ass. ,1964 ,vol. 188,n° 5 ,405-408.

31 . KATZ D. ,DOUVRES P. ,WEISBERG H. ,MACKINNON W. ,CHARM R.

Sources of bleeding in upper gastrointestinal hemorrhage : a reevaluation.
Amer. J. Dig. Dis. ,1964 ,vol. 9 ,n° 7 ,447-458.

32 . KATZ D. ,FREUD M. ,MACKINNON W.

The Mallory-Weiss syndrome :evaluation by early endoscopy of its clinical picture and its incidence in upper gastrointestinal hemorrhage.
Amer. J. Dig. Dis. ,1965 ,vol. 10 ,n° 4 ,314-323.

33 . KATZ D. ,DOUVRES P. ,WEISBERG H. ,CHARM R. and MACKINNON W.

Esophagogastroscopy :an advantage in the diagnosis of acute upper gastrointestinal hemorrhage.
Bull. Gastroint. Endosc. ,1965 ,vol. 11,n° 2 ,25-29.

34 . KOEHLER P.R. and SALMON R.B.

Angiographic localization of unknown acute gastrointestinal bleeding sites.
Radiology ,1967 ,vol. 89 ,n° 2 ,244-249.

35 . MORSE W.H.

Gastroscopy as a diagnostic aid in upper gastrointestinal bleeding.
Amer. J. Gastroent. 1970 ,vol. 53 ,323-329.

36 . MAGENDIE J. ,PERISSAT J. ,MARQUE B.

Valeur de la radiographie d'urgence dans les hémorragies digestives (à propos de 4 cas).
Bordeaux Chir. ,1965 ,vol. 4 ,139-142.

37 . MOUCHET A. ,MARQUAND J. ,GUIVARCH et BERLINSKI .

A propos de 135 cas d'hémorragies gastrointestinales massives.
Ann. Chir. ,1968 ,vol. 22 ,n° 5/6 ,321-328 .

38 . NAHUM H. ,RUEFF B. et CAZARD G.

L'examen radiologique oeso-gastroduodénal en période hémorragique.Technique et indications (Expérience de n300 malades).
Presse Médicale 1970 ,vol. 78 ,n°55 ,2491-2494 .

39 . NAHUM H. ,RUEFF B. et CAZARD G.

L'ulcère gastroduodénal chez le cirrhotique en période hémorragique.Etude radiologique.
Presse Médicale 1970 ,vol. 78 ,n° 55 ,2491-2494.

40 . NICAISE H. ,LARDENNOIS B. ,DROVARD F. et RIVES J.

Approche diagnostique d'urgence des hémorragies digestives hautes en milieu chirurgical.Le choix des examens complémentaires.A propos de 103 Observations.
Ann. Méd. de Reims ,1970 ,7 ,5-13.

41 . OPOLON P. ,HIVET M. ,CHEVREL J.P. ,CHENARD J.C. , MUSSY F. et CAROLI J.

Hémorragies digestives cataclysmiques.Diagnostic par artériographie sélective d'urgence.
Arch. Mal. Appar. Dig. 1968 ,tome 57 ,n° 10 ,789-800.

42 . PALMER E.D. and BRICK I.B.

Sources of upper gastrointestinal hemorrhage in cirrhotic patients with esophageal varices.
New Eng. J. Med. ,1953 ,vol. 248 ,n° 25 ,1057-1058.

43 . PALMER E.D.

The vi gourous diagnostic approach to upper gastrointestinal tract hemorrhage.
J. Amer. Med. Ass. ,1969 ,vol. 207 ,n° 8 ,1477-1480.

44 . PROVOST P.

Thèse Nantes 1970.

45 . REUTER S.R. ,BOOKSTEIN J.J.

Angiographic localization of gastrointestinal bleeding.
Gastroenterology ,1968 ,vol. 54 ,n° 5 ,876-883.

46 . VEYSSIERE M.

Le transit oeso-gastroduodénal d'urgence dans les hématémèses.
Picardie Med. 1969 , 4 ? n° 4 ,149-161 .

47 . WATSON W.E. ,MAXWELL J.D. and FERGUSON A.

Fiberoscopy in the management of acute upper alimentary bleeding.
First Europ. Congr. Dig. Endosc. Prague 1968 .Karger edit.

48 . WHITE R.L. ,HEALEY W.V. ,HABIF D.V.

Diagnostics aids in localizing the site of upper gastrointestinal hemorrhage.
Surg . Clin. N. Amer. ,1962 ,vol. 42 ,n° 5 ,1091-1099.

49 . WILSON D.E. and CHALMERS D.C.

Management of emergencies.Acute hemorrhage from the upper gastrointestinal tract.
New Engl. J. Med. 1966 ,vol. 274 ,n° 24 ,1368-1371.

Vu le Recteur de

l'Académie de Paris

R. MALLET

Vu le Doyen de la

Faculté de Médecine de

Saint Antoine

Pr. LOYGUE

Vu le Président de Thèse

Pr. GOSSET